

開頭術から帝王切開へ

— アメリカ産科学における医学的権威の拡大 —

小 野 直 子

はじめに

21世紀初頭の現在、アメリカ合衆国では病室において医師の発言は並ぶもののない影響力を持っている。病院出産では、産科医が陣痛や出産への介入の是非及びその方法を決定するのに対して、他の関係者—妊産婦自身、家族、看護師、その他の立会人—は医学的知を受け入れている。しかし、100年前はそうではなかった。20世紀初頭まで、医師は産婦の寝台の周囲で、他の立会人と同等あるいはそれ以下の発言力しか持っておらず、産室における権威を獲得しようと奮闘していた。

20世紀転換期アメリカにおいて産科医の権威が強化された過程については、ジュディス・W・リーヴィット (Judith W. Leavitt) が、1880年頃から1920年頃までの開頭術 (膣からの摘出を可能にするために胎児の頭蓋骨を切断する外科手術) をめぐる論争に焦点を当てて分析している¹⁾。19世紀末までに、児頭骨盤不均衡 (胎児の頭が女性の骨盤横径よりも大きすぎる状態) に対処するには、開頭術に加えて鉗子手術、恥骨結合切開術 (狭骨盤の恥骨結合を切断分離し、生胎児の通過に十分なように容積を増すこと)、帝王切開が可能な選択肢となった。こうした新しい技術は、最終的に医師が産室における支配権を獲得するための武器となった。女性の多くはまだ自宅で出産していたが、これらの手術の複雑な技術は、医療専門家以外の出産立会人が異常分娩の解決方法の決定に参加することを困難にした。夫や聖職者が、母親と胎児の生命のどちらが重要かを決定する役割を果たし始めたが、胎児を生存可能にする新しい医療技術は、伝統的に産婦とその家族・友人が持っていた出産方法の決定権を奪い取る機会を、医師に提供した。新しい外科手術は道徳的・社会的議論を引き起こしたが、医師は新しい外科手術の適応 (ある疾患の治療または診断上の検査を始めるにあたって基準となるもの) を医学用語で定義することにより、非医療専門家を議論から排除するようになった。医師が産室において最初に指揮権を獲得したのは、こうした外科手術を必要とする危険性の高い出産においてであったと、リーヴィットは結論している。医師は徐々に、すべての出産において新しい権威を利用するようになった。

本稿の目的は、開頭術と帝王切開をめぐる論争から、20世紀転換期アメリカにおける技術の発達と医学の専門化、ジェンダー・身体・生命をめぐるイデオロギーの相関関係を明らかにすることである。20世紀転換期、児頭骨盤不均衡のような異常分娩において、生存している

胎児に対する開頭術と帝王切開のいずれを選択するかという問題は、医師の間で激しい議論を引き起こした。その議論から明らかになるのは、20世紀転換期における産科学の権威の拡大とその限界に加えて、母親と胎児の生命の価値や出産する身体としての女性の役割に関する社会的・道徳的価値観の変容の様相である。

1 開頭術か帝王切開か

20世紀以前の出産において、産道遮断を解決するためにはふたつの選択肢が存在した。第一は、胎児の頭に穴を開け、頭骸骨の内容物を排出し、頭蓋骨を砕いて胎児を引き出す開頭術である。医師は多くの場合、他の方法では出産させることができない死亡した胎児を母胎から引き出すために、開頭術を行った。しかしながら、胎児を迅速に犠牲にすることが母親の生命を救うための最後の手段であるという緊急事態には、生存している胎児の頭に穴を開けた。開頭術は困難で不快な手術だったが、他の方法では不可能な、女性の生命を救うための伝統的な手段だった。19世紀に麻酔の使用と新しい手術方法の導入によって改善されたこの手術は、20世紀転換期、最も激しい産科学的論争的になった。

第二は、腹壁と子宮を切開して子供を取り出し、腹壁を縫合する帝王切開である。帝王切開は古代から行われていたが、歴史上ほとんどは母親の死後胎児を助けるためにのみ行われていた。カトリックの国々では、母親を救うためではなく、胎児への洗礼を目的として帝王切開が行われた。帝王切開の方法に関する最初の説明書は、1480年頃のドイツ南部に遡る²⁾。生存している女性の身体から子供を取り出すために行われた最初の例は、1491年のこととされている³⁾。アメリカで最初の帝王切開は、1794年にジェシー・ベネット (Jesse Bennet) が妻に対して行ったものであるとされているが、アーサー・G・キング (Arthur G. King) は、それは手術が行われたとされている時から135年後に初めて報告されたもので伝聞証拠しかなく、単なる言い伝えに過ぎないとし⁴⁾、アメリカで記録されている最初の本格的な帝王切開は、1827年4月22日にジョン・ランバート・リッチモンド (John Lambert Richmond) によって行われたものと結論している⁵⁾。20世紀以前には、帝王切開は死がつかまとう絶望的な手術であり、滅多に行われなかった。フィラデルフィアのロバート・P・ハリス (Robert P. Harris) 医師の集計によれば、アメリカでは1852年から80年の間に帝王切開は120件行われ、母親の70人、約58パーセントが死亡していた⁶⁾。

19世紀から20世紀初頭にかけて麻酔や消毒・無菌技術が発達し、手術方法が改善されて、帝王切開は比較的安全で利用可能な選択肢になった。19世紀までは、帝王切開時に切開した子宮は、洗浄以外の治療は必要ないという意見が一般的だった。子宮の収縮と弛緩が、縫合の効果をなくすと考えられていたからである。当時は、腹部を閉じた後で縫合糸を取り除くことは不可能であると考えられていた。1769年にレバス (Lebas) が切開した子宮を閉じること

を提案したが、18世紀の無菌技術について無知だった時代に、吸収性のない絹糸や亜麻糸を後で取り出すために傷口からはみ出したままにしておくことは、当然感染による母親の死亡率を増加させた。出血と感染による死を防ぐため、イタリアのエドゥアルド・ポロ (Eduardo Porro) は1876年に、胎児を出産させた後に部分的子宮摘出術を行うことを提案した。将来の生殖力を犠牲にしても、母親の生命を救おうとしたのである。帝王切開の転換点は、1882年にドイツのマックス・サンガー (Max Sänger) が、子宮の縫合は不可欠であると主張し、最小限の組織反応しかもたらさない効果的な銀糸を導入したことである。こうして将来の生殖力を犠牲にせずに母親の生命を救うことが可能になった。実はサンガーが子宮縫合を提案する4年前の1878年に、アメリカのハリス医師が先んじていた。しかしながらハリスは、子宮縫合をすべての帝王切開ではなく選択された一部の帝王切開でのみ行うことを提案していた。最終的に帝王切開による感染は、無菌技術と抗生物質の利用によって減少した⁷⁾。

その結果、20世紀以降帝王切開は急激に増加した。1900年から1909年にアメリカの大病院では帝王切開が全出産の1パーセントに達し、1930年代には3.2パーセントになった⁸⁾。児童の健康と保護に関するホワイトハウス会議 (White House Conference on Child Health and Protection) は、1930年にアメリカの119の病院の調査を行い、全出産の2.9パーセントで帝王切開が行われたことを明らかにしたが⁹⁾、これは例えばストックホルム産科病院では帝王切開が全出産のわずか0.06パーセントに過ぎなかったことと比較すると、かなり高かった¹⁰⁾。

このような帝王切開の増加の一因は、帝王切開が行われる範囲が拡大したことである。ホワイトハウス会議の調査によれば、かつて帝王切開は「骨盤萎縮や産道遮断のような理由がある場合、そして母親が代償機能不全の心臓病などの疾患の場合にのみ行われ、かなり稀だった。しかし [帝王切開] 手術が行われる範囲は、妊娠及び陣痛において考えられるすべての合併症を含めるまでに拡大した。その他の場合、患者の希望が決定的な要因だった」し、いくつかの病院で帝王切開率が高いのは、単に便宜的な理由に因るものだった¹¹⁾。外科技術の発達に伴って、帝王切開による産婦死亡率は、1890年代の12.1パーセントから1930年代には4.4パーセントに低下した¹²⁾。しかし、安全に帝王切開を行うことができるのは、高度な訓練を受けた専門医だけだった。例えば1923年から26年にかけてのヒューストンでの報告によれば、一般外科医と一般開業医によって行われた帝王切開では、51件中死亡率が33パーセントだったのに対して、産科専門医のみあるいは一般外科医と共同で行われた帝王切開では、56件中死亡率は1.8パーセントだった¹³⁾。帝王切開が産婦にとって相変わらず危険であることを認識していた医師は、この手術の相対的功罪をめぐって議論した。

児頭骨盤不均衡のような異常分娩において、開頭術と帝王切開のいずれを選択するかの基準は、20世紀転換期に医師会で激しい議論を引き起こした。議論は複雑だった。生存している胎児を出産させることが困難な状況で医師達は、母親と胎児の生命の相対的価値をどのように

比較考量するか、不完全な状況下でどの手術方法を選択するかという問題に取り組みなければならなかった。

帝王切開の統計を収集したハリス医師は1881年に、もしも開頭術による女性の死亡率が20パーセント、骨盤径線（骨盤腔を形成する各種の2点間の距離）が2.5インチ以下の場合には37.5パーセントという見積もりが正しければ、陣痛開始後数時間以内に行われる帝王切開による女性の生存率は75パーセントで、その上子供の生存率は82パーセントなので、帝王切開の方が決定的に優位であると主張した。そして帝王切開の割合が増加し、それに対応して胎児を破壊する開頭術の数は減少するべきであると考えていたが、開頭術が必要と思われる場合にも帝王切開を行うことには賛成しなかった。専門家の中には、胎児を破壊することは道徳的に間違っていると考えて、もしも帝王切開が認められなければ胎児が死ぬまで待つ者がいるが、これは、母親にとって危険であり間違っているとハリスは考えていた。くる病で変形した骨盤を持つ女性の場合、初産婦に対しては開頭術が正しい出産方法だが、二度目以降の妊娠では、彼女は骨盤の奇形について十分な知識を持っており、危険であることを理解した上で妊娠したのであるから、専門家はそのような患者に何度も開頭術を施すべきではなく、帝王切開を選択すべきであると、ハリスは主張した¹⁴⁾。

1884年にワシントン産婦人科医師会の会長サミュエル・C・バセイ（Samuel C. Busey）は、開頭術による死亡率を他の手術によるそれと比較して、「より一般的な人道主義と広範囲にわたる有用性のために、私は、科学によって解明され、近年の進歩の結果確認された道を進み、他方の安全を保証することができないのに一方の生命を奪うよりも、ふたつの生命に可能性を提供するだろう」と、生存している胎児に対する開頭術に反対した¹⁵⁾。

ニューヨーク外来患者診療所のジュリアス・ローゼンバーグ（Julius Rosenberg）医師は、母親に生存可能性を与えるために子供の生命を犠牲にすることは決して許されないが、ある状況下では生存している子供に対する開頭術が正当化されるだけでなく、無条件に指示されることに大多数の人々は同意していると主張した。「相対的適応において開頭術と帝王切開のふたつの手術を比較すると、現在では、生存している胎児に対する開頭術を廃止することは正当化されないと私は感じている。この手術は、他の筆者も主張しているように、絶対必要で、帝王切開に取って代わられることはできない。帝王切開の実施の方が開頭術よりもはるかに喜ばしいことは認めなければならないが、このことは、万難を排して帝王切開を、という金言を正当化するものではない」。ローゼンバーグによれば、「厳密な原則に固執することほど、医療技術の発達を遅らせるものはない。医学は厳格な科学ではなく、かなりの自由度が必要である。判断力と経験が定則に取って代わるべきであり、個々の症例は実態に基づいて考慮されなければならない。『決して選択的手術として帝王切開を行ってはならない』と言うことが間違いであるのと同様に、『生存している子供に対して決して開頭術を行ってはならない』と書く人間は

間違っている。我々の中庸を選択しなければならない。それが、唯一の理性的な処置であり、最も満足いく結果をもたらしやすい。そして彼は次のように結論した。「もしも女性の陣痛が長引いていたら、もしも膣の検査が頻繁に行われていたら、もしも体温上昇あるいは子宮膨張状態にあったら、もしも子宮収縮あるいは出産の試みによって胎児の生命が危険にさらされていたら、そしてもしも胎児が奇形だったり生存可能でなかったりしたら、その時には胎児を犠牲にして、大多数の症例において致命的な手術を女性に受けさせないことが、我々の義務である」¹⁶⁾。

1900年にシカゴ外来患者診療所のC・S・ベーコン (C. S. Bacon) 医師は、「高鉗子手術、帝王切開、恥骨結合切開術が改善された結果、生存している子供に対する断頭術〔処置不能な難産の場合、娩出を容易にするために胎児の頭部を切断する＝開頭術〕は珍しくなってきたが、すべての症例においてその手術を非難するのを常とすることは不可能である」と述べた。というのは、非常に弱っている子供を救うことができる可能性は疑わしいし、感染した母親にとって帝王切開は非常に深刻だからである。さらに、「施術者自身の外科手術能力や援助の可能性も考慮に入れなければならない」とベーコンは主張した¹⁷⁾。

ニューヨークのスローン産科病院のジェームズ・D・ヴァヒーズ (James D. Voorhees) 医師も、帝王切開による母親の死亡率が低下したので開頭術は選択されるべきではないが、選択されるべき場合もあると主張した。「帝王切開による母親の死亡率が低いので、もしも子供が生存しているなら、稀な場合を除いて、開頭術は決して選択されるべきではない。しかしながら、女性が好ましくない環境で、すでに陣痛が長引き処置が悪くて感染しているような状況にあるなら、たとえ子供が生存しており良好な状態にあったとしても、開頭術が選択されるべきである。もしも子供が、脈拍数が速くて弱くて死の兆候を示していたら、もしも鉗子による牽引が長引いて頭に損傷を被っていたら、そしてもしも生きたまま健康で生まれる兆候を示していなかったら、開頭術が行われるべきである。同時に、困難な開頭術は帝王切開よりもしばしば母親にとって危険であるということを、忘れてはならない。粉碎された〔胎児の〕頭を引き出すことが、母親の軟部（骨と軟骨を除いた体組織）の挫傷と裂傷による過度のショックと出血を引き起こすような骨盤収縮の場合には、決して開頭術を試みるべきではない。また、過度の脱落組織から敗血症と壊死が起こるような場合にも、開頭術を行うべきではない。そのような場合には、開腹術によって子宮が取り除かれるべきである」。しかし彼は、「緊急事態においては、そして好ましくない環境では、生存している子供に必要な開頭術が時々行われるだろうが、産科学技術の知識が一般的になるにつれて稀になるだろう」と予期していた¹⁸⁾。

20世紀以降、医学雑誌において帝王切開に関する報告が急激に増加した。この増加の原因は、病院の増加と技術の革新に帰することができる。無菌技術、麻酔薬、そしてX線は、外科手術の成功率を上げた。そのためますます多くの医師が、開頭術は時代遅れで、それに頼る医師は

胎児を不必要に犠牲にしているという意見を表明するようになった。帝王切開は母親と胎児の両方の生命を救うことができるので、多くの人々が、もしも安全に手術が行われるのであれば帝王切開の方が望ましいと思うようになった。ジョージタウン大学の産科学教授ジョン・F・モラン (John F. Moran) は、1905年に次のように述べている。「しかしながら、殺菌法の時代の到来以来、かつては50～90パーセントだった死亡率が徐々に低下し、現在では、経験を積んだ施術者の手にかかれば5パーセント以下である。・・・開頭術は、もはやかつて占めていた地位を保持してはいない。なぜなら、子供は生得の権利を有しており、それは母親に対する危険を増しても尊重されるべきだからである」¹⁹⁾。

さらにモラン医師は、1915年にワシントン産婦人科協会の会長演説において、「生存している子供に対する開頭術が行われなくなったことは、近代産科学の偉大な勝利のひとつ―敗北から勝利への紛れもない転換点―である。文明のほぼ始まりから何世紀にもわたって行われてきたこの切断手術は、幸いなことに、両方の生命を救うことを目的とする人道的な介入手術に取って代わられた」と主張した²⁰⁾。

しかしながら、帝王切開の場合、医学教育や設備の不足により、施術者間の、そして都市と地方の病院における成功率の差は、1920年代まで存続した。アメリカで病院が標準化されるのは1910年代以降のことであり、産科学教育は1920年代まで不十分だった²¹⁾。1930年にアメリカ医師会の産科学部会とアメリカ産婦人科協会 (American Association of Obstetricians and Gynecologists)、アメリカ婦人科協会 (American Gynecological Society) が合同してアメリカ産婦人科委員会 (American Board of Obstetricians and Gynecologists) を設立し、専門分野の教育及び資格認定制度を制定しようとした。1932年まで、産科学・婦人科学において10年間の経験を持つ医師は、試験に合格すれば創設者として認められた。新しい専門家は産科学の正規教育が要求され、3年間の大学院教育と専門家として少なくとも2年間の実習を受けなければならなかった。いかなる医師も、女性以外の患者を受け入れることはできなかった。こうして、十分な訓練を受けた一般医 (general practitioners) でさえも委員会の資格認定からは排除された。さらに委員会は、病院の産科職を委員会の委員に限定することにより、産科学分野における一般医の活動を制限しようとした。1936年までに委員会は、病院で治療することができる者とできない者を認定するまでに権威を拡大した。一般大衆も病院の理事も、十分な訓練を受けた専門医とそうでない者を識別する手段として、資格認定を利用するようになった²²⁾。

2 産室における意思決定者の変化

異常分娩の際に開頭術と帝王切開のいずれを選択するかという議論は、20世紀転換期の産室における意思決定権をめぐる緊張状態を反映していた。すべての関係者はおそらく、もしも可能であれば母親と子供の両方の生命を救うことを選択しただろう。しかしながら、出産が困

難な状況では、産婦とその友人はほとんどいつも、産婦の生命と健康を守り将来の出産のための危険性を最小限にするために、帝王切開よりも開頭術を支持した。産婦の夫も概して、妻の生命を第一に救う必要性を訴えた。カトリック教徒の家族の場合、聖職者は「罪深い」母親よりも「無垢な」胎児のために発言した。このような場合、産科医は「決定を左右する」票を投じるために、産室における医学的権威を確立しようとし、事実医師の票が最も重要になっていくのである。

出産による死を恐れていた女性達は、18世紀半ば以降、鉗子、麻酔、その他の薬や外科手術の価値と可能性を認識し、それを利用するために医師という専門家を産室に呼び入れるようになった²³⁾。近代医学は伝統的なものより、技術的にかなり複雑で難解だった。従って、伝統的な出産技術しか熟知していなかった産婦や伝統的な出産立会人は、新しい近代医学の技術を把握できなかった。とはいえ、自宅出産では、産婦や伝統的な出産立会人は出産方法の選択において積極的な役割を果たし続けた。様々な要因が女性の出産方法の選択に影響を与えた。第一はもちろん、産婦の生存可能性だった。しかし、産婦は過去の出産経歴、すなわちすでに何人の生存している子供がいるか、手術によって将来の出産が可能かどうかも考慮した。もしもすでに生存している子供がいれば、産婦自身の健康や生命を優先させるかもしれない。もしも産婦が過去に何度も死産していれば、今回は生存可能な子供を出産するために危険を冒すかもしれない。

20世紀初頭まで、自宅出産では医師は、産婦や伝統的な出産立会人の選択を考慮に入れなければならなかった。伝統的な出産立会人が、産婦が危険な状態に陥っていると思わない限り、医師が出産に立ち会うために産室に呼び入れられることはほとんどなかった。出産に立ち会った場合でも、産室では産婦やその他の出産立会人が出産方法の選択において積極的な役割を果たし、医師はしばしばその決定に従うことを余儀なくされた。ウェスタンリザーブ大学産科学・外科学教授のダドレー・P・アレン (Dudley P. Allen) は1897年に、「家族は、子供が早産の可能性があり、予定日に生まれないかもしれないと告げられた。彼らは以前に二人の子供を亡くしており、跡継ぎを非常に望んでいたので、積極的に帝王切開の決意をした。手術の成功の難しさは相当だった」と報告し²⁴⁾、ベーコン医師も1900年に、「母親と父親が、母親にとって深刻な危険をもたらすいかなる手術にも反対すれば、施術者は子供を犠牲にすることを余儀なくされるだろう」と指摘した²⁵⁾。またヴァヒーズ医師も1902年に、「多くの近代的産科医は、子供を救わなければならないという主義に従う義務を感じながらも、時には自らの良心や最善の判断に自由に従うことができない状況に置かれる。患者自身やその友人が、切断手術を拒絶するかもしれないからである」と述べていた²⁶⁾。

20世紀転換期まで、多くの女性は、手術を行うのに適した環境ではない自宅で出産した。手術をすることになった場合、医師は病院に移動することを患者に納得させなければならな

かった。そうでなければ、医師は彼らが基準以下と考える環境で手術を行う必要性に直面した。さらに医師が出産医療技術の訓練を受けた看護師を連れて行かなければ、適切な訓練を受けていない他の立会人に助力を求めるしかなかった。医師が産婦を病院に移動させることに成功した場合でさえも、移動のために貴重な時間が失われ、手術の成果を制限した。これらの要因に加えて、大部分の医師は、それまで知らなかった、あるいは検診したことがなかった産婦の出産に立ち会うために呼ばれるという事実は、医師の見解からすると、彼らの産室における支配権を圧倒的に制限していた。このように、大部分が自宅出産であった時代の医学的権威は、非医学的要因によってかなり制限されていた。

手術が技術的に高度になるにつれて、出産方法に関する産婦の決定権は衰退し、産婦の夫が大きな役割を果たすようになっていった。出産方法の決定における夫の直接的な役割については、それまであまり言及されてこなかったが、20世紀転換期になると、生命を危険にさらすような出産では、夫が権威を持った重要な発言者として挙げられるようになっていった。手術を考慮する際、医師は産婦自身からと同じくらい頻繁に産婦の夫から許可を得ようとするようになった。例えば、ノースウェスタン大学の産科学教授ジョセフ・B・デリー (Joseph B. DeLee) は1901年に、「医師には、母親の同意なしに彼女を危険にさらす道徳的権利はないと思う。もしも彼女が意識不明あるいは精神異常ならば、彼女の代理人、夫、最近親者の同意を得なければならない。もしも意見が分裂したら、母親が子供を望んでいて父親が妻の保護を望んでいたら、私の意見では、夫の言葉が決定的であるべきである」と主張した²⁷⁾。

フィラデルフィアのエドワード・P・デイヴィス (Edward P. Davis) 医師は1902年に、難産になると予測した女性の臀位 (分娩時に胎児の臀部が先進する胎位) の症例を報告した。「患者の夫は、合併症が現れていると警告され、患者が危険であると告げられた。・・夫は、出産前でも出産中でも随意に相談することができると告げられた」。デイヴィスは帝王切開を行いたかった。「帝王切開が夫に提案され、即座に受け入れられた」。医師は幸いなことに、好結果を夫に信じさせることができた。「幸いにも夫は状況を正しく認識し、彼の迅速で効率的な力添えで症例は成功裡に終わった」²⁸⁾。

このように、時には医師と夫が、ある手術を行うかどうかを協議し、協議内容を女性に知らせるかどうかを議論した。おそらく産室の片隅や隣室で行われたそのような協議は、女性から男性への出産方法の決定権の移行を明確に示していた。伝統的に、出産が終わるまでほとんど隣室に追いやられて出産から排除されていた夫は、出産に対する医学的介入を判断するための経験的知識を持っていなかった。児頭骨盤不均衡のような緊急事態の場合、彼らはおそらく産婦や伝統的な出産立会人よりもかなり容易に医学的権威を受け入れた。出産に関する経験的知識を持っていなかった夫は、妻の生命が危険な状況で、医学的判断を医師に求めざるを得なかったのである。こうして医師は夫を意思決定者に含めることにより、夫の忠誠心を勝ち取り、医

師の決定に対する支持を夫から得ることができた。

伝統的な産室の均衡を混乱させ、医師の権威を非常に脅かしたのは、産室に存在する者、すなわち胎児の「代理人」として意思表示するカトリックの聖職者の権威の侵入だったと、リーヴィットは指摘している²⁹⁾。19世紀まで医師も聖職者も、人間の生命は母親が胎動を感じた時に始まるという古代からの信条を共有していた。胎動による区分は、胎児の生命よりも母親の生命を尊重させた。19世紀には、卵接合子からの胚子の発育（胎児は卵子と精子の融合によって作り出される）という説が、医師と聖職者の、生命の始まりに関する一般的認識を徐々に変え始めた。カトリックの神学者は徐々にその説を採用するようになり、それは胎児に、受精の瞬間から人間としてのアイデンティティと母親と同等の生命権を与えることになった。カトリック教会は、19世紀末から20世紀初頭にかけてアメリカに到着した約500万人の南東欧出身のカトリック系移民の医療看護を引き受けようと奮闘し、カトリック系の病院数は1872年の75から1910年には400に急増した。カトリック教会が医療看護に関わるようになるにつれて、神学者達は開頭術に対する道徳的疑問を表明するようになったが、彼らの見解も様々で曖昧だった。カトリック教会にとって開頭術の道徳的問題が解決したのは、1895年7月24日にヴァチカンが開頭術に反対する決定を発表してからだった³⁰⁾。

伝統的な出産では明らかに、胎児の生命よりも母親の生命が尊重された。もしも一方が他方を救うために犠牲にならなければならないのであれば、母親の生命を救うことが一般的だった。母親はすでに社会の一員であり、愛情と社会的関係、義務と責任を有していた。彼女は、彼女の世話を必要としている子供をすでに産んでいるかもしれなかったし、他の子供を出産することができるかもしれなかった。最も望ましいのはもちろん母親と子供の両方の生命を救うことだったが、両方が生存することが不可能な状況では、子供を犠牲にしても母親の生命を救うための処置が行われることに、医師も母親も同意していた。しかし、カトリック教会は、母親の生命よりも胎児の生命を尊重した。母親はすでに罪深い、胎児は純粹で無垢で罪を犯していなかった。従って、生命の始まりに関する一般的認識が変化するにつれて、カトリック教会は生存している胎児に対する開頭術に断固として反対するようになった。カトリック教会によれば、開頭術は無垢な生命を破壊するものであり、司祭は患者の枕元で他の出産方法を主張するようになった。

デリー医師は、教会の影響力を次のように例証している。「陣痛は60時間続いており、子供は申し分ない状態で患者は感染していなかったが、陣痛が長引いていたので、筆者は帝王切開を行わないように忠告した。患者はカトリック教徒で、司祭が呼ばれると、司祭は帝王切開を主張して患者を押し切った。それは危険な処置にほかならず、患者は手術から快復することなく3日目に死亡した。子供は生存していた。この症例は私の心に強い印象を残した。なぜなら、開頭術なら患者を救うことができたとは私は確信しているからである」³¹⁾。

カトリックの聖職者は、開頭術はいかなる場合においても罪深く、母親の生命を救うことは「善良で望ましいことではあるが、それ自身が背徳的な手段を利用することは、正当化されないし認められない。人間の殺害は、たとえその人間が他の原因ですぐに死亡すると考えられたとしても、悪であり殺人である」と主張した³²⁾。ある司祭は1917年に、「たとえ母親と乳幼児の両方が死ななければならないことが予見されたとしても、開頭術は違法である。というのは、それは無垢な存在を直接殺害するからである。一人の無垢な人間が殺されるよりも、多くの母親が死ぬ方がましである」と述べた³³⁾。カトリック教徒はアメリカでは少数派だったが、教会はその道徳的立場を医学的討論に差し挟むことに成功した。というのは、特定の宗教的教義を超えて問題を定義したからである。開頭術を行う医師を「殺人者」と非難することで、カトリック教会は医師を、教会の影響力を無視することができない立場に置いた。そのため医師は、カトリック教徒の女性の出産方法を選択するにあたって、自らの権限が非常に制限されていると感じていた。

法律は、医師の窮地を解決する助けにはならなかった。医師自身が法律を解釈していたように、開頭術を行うこともそれを拒絶することも法的には保証されていた。デリー医師によれば、「古代ローマ法は、子供は母親の一部であると認めている。これは最近、[イリノイ]州の裁判で再確認された。子宮内で損傷した子供の友人が、子供の代理人として、損傷を負わせた施設を訴えた。裁判所は次のように述べた。『誕生前の子供は実際には母親の一部であり、誕生時に母親から分離するというのに疑いを差し挟むことはできないと我々は考える』。この原則に基づいて、女性は、自分の生命が危険にさらされている時には、腫瘍のように、子供をどうするかについて意見を述べる権利があることを法律は認めている、と私は信じている。・・・子供は母親の一部に過ぎず、法的には産科医の義務は母親の生命を救うことである。・・・しかし、もしも医師が自分で器具を手にしたくなければ、患者を危険にさらすことなく、他の資格のある医師を確保する十分な機会を提供して、その患者から手を引くことは自由である」³⁴⁾。このように、医師は自らの権利において開頭術を行うかどうかを選択することが、法的には可能だった。

明確な法的指針が与えられていなかったのも、医師は専門家内部で議論し、聖職者や一般人を議論から遠ざけて問題を医学化しようとした。事実、医師が最初に権威の明確な境界を設定する必要性を認識したのは、カトリック教会からの異議申し立てを通してだった。聖職者が医療処置に踏み込んで指図しようとした時に、医師は自らの無力に直面してそれを克服して医学の権威を確立しようとしたのである。ジョージ・I・マッケルウェイ (George I. MaKelway) 医師は、産室における医学的支配権の獲得の重要性を次のように主張した。「産科医だけが何をすべきかを判断しなければならない、という事実を強調する必要はほとんどないように思われる。無知で偏見を持った患者やその友人、一方の生命を犠牲にして他方の生命を救おうとす

る傾向、一方の生命を犠牲にして他方の生命を救うことに賛成であれ反対であれそれに関する感情的な意見が、医師の考えに圧力をかけたり方針を決定させたりするべきではない。責任は医師とその行為にあり、他の誰かが選択したという理由で、自分が不得策あるいは間違っていると信じることを医師が行えば、彼は自分自身の良心に従うことはできない」。彼は、医学的に「訓練を受けた知識と判断」が、「他の人々の感傷や偏見」に打ち克つべきであると信じていた³⁵⁾。

ニューヨーク医学アカデミーのエグバート・H・グランディン (Egbert H. Grandin) 医師も、「神学者は産科医のために決定することはできない」と主張した。「我々はこの問題 [開頭術] を純粹に科学的観点から考察し、明らかな科学的事実を照らして批判しなければならない。少なくとも医師が関わる限り、そういう問題である」。グランディンによれば、「素人は科学的事実を気にかけず、開頭術か帝王切開かの選択において、統計資料をあっさり捨ててしまう。・・・女性に関しては、生まれていない子供の生存可能性のために故意に帝王切開を選択することができるほど、強い母性本能を持っていることは稀である」。それに対して医師は、一方の生命の相対的価値を他方のそれより尊重することはないと主張した³⁶⁾。こうして医師は、産室での出来事の決定において素人を排除し、専門家としての医師の発言が絶対的であると主張するようになった。新しい手術方法を採用し、問題を医学用語で定義することが、産室における彼らの権威の獲得を容易にすると理解するようになったのである。

帝王切開は、成功すれば母親と子供の両方の生命を救うことができたが、この手術は開頭術よりも母親の生命を危険に陥れたので、医師は胎児の潜在的生命が母親の生命よりも価値が高いことを証明しなければならなかった。しかしながら、これを医学的根拠に基づいて証明することはできなかったので、伝統的な出産立会人や聖職者から産室における支配権を奪うために客観的な科学的判断を至高のものとしようと奮闘していた時、医師は自分達の正当性の根拠を社会的・道徳的な言葉で表現せざるを得なかった。「我々は、『たとえ子供を犠牲にしても母親の生命を救うことが彼女の権利である』と明言する悪の根源と直接戦わなければならない」とバセイ医師は主張した。「我々は、より一般的な人道主義とより広範囲にわたる有用性のために、科学の進歩を受け入れ、一方の安全を保証できないのに他方の生命を奪うよりも、ふたつの生命に機会を与えなければならない」。バセイによれば、「慣習法は大目に見るかもしれないし、市民法と刑法は被告人を無罪にするかもしれないが、意図的な故意の殺人に対する道徳的責任から逃れることはできない」。そして「真の科学者と真のキリスト教徒の目には、すべての生命は同等の価値がある」と指摘した³⁷⁾。このように医師は、医学的判断基準と道徳的判断基準を同一化することによって、産室における医学の権威を獲得しようとしたのである。

こうして産科医は歴史上初めて、産室において他の人々の希望に応じるのではなく、自分の思い通りに指揮を執ろうとし始めた。20世紀転換期までに、医師は時には意識的に産婦やそ

の他の出産立会人を議論から排除して、どの出産方法が適しているかを自分達で議論するようになった。難産に立ち会った一般医が専門医を呼び出し、骨盤は胎児の頭の大きさに十分か、胎児は生存可能か、産婦は手術に耐えられるほど丈夫か、敗血症にかかっていないか、産婦を病院に運ぶことが可能かどうかを相談した。そして、母親の生命・健康と胎児の生存可能性を比較考量して、例えば帝王切開を行うかどうか、どこでそれを行うか、誰に援助を求めるかを決定した。医療技術の発達は、胎児を生存可能にする帝王切開を、異常分娩の際の選択肢にすることを可能にしたので、伝統的に家族が持っていた産室における決定権を奪って自らの支配下に置く機会を、医師に提供した。医師が産室で最初に支配権を持つようになったのは、児頭骨盤不均衡のように手術の介入を必要とする危険性の高い症例においてであるが、後にすべての出産において彼らの新しい権威を利用するようになった。

3 胎児の「発見」

帝王切開が胎児の生存可能性を高めるにつれて、産室における伝統的な意思決定の様式は廃れていった。それはまた、身体的危険に陥っている産婦を過小評価することになった。胎児の生存可能性が高まるにつれて、産婦の発言権は弱くなっていった。女性が子宮で9か月間育てている生命が、彼女に不利に働くようになった。医師は、産婦を胎児の敵対者と見なし始めた。それは、女性の生命あるいは健康対胎児の生命の選択だった。そのような選択において、女性は客観的立場にあるとは見なされず、そこから排除されなければならなかった。「しかしながら、子供の存在と双方の危険に責任がある出産中の女性に、そのような[選択の]権利は認められない」とバセイは主張した。「というのは、それによって彼女は、彼女の生存可能性をわずかに高めるに過ぎない殺人行為を、罪のない施術者に課すからである」³⁸⁾。こうして医師は、かつては出産方法の選択において中心的な役割を果たしていた産婦を劣位に退けて、医師を最高峰とする階層制を作り出したのである。

もちろん、女性の出産役割に対する医師の見解は決して一枚岩的ではなかった。ある医師は、女性よりも生まれていない胎児の生命を高く評価していたので、開頭術を拒絶したし、他の医師は、女性の社会的価値は胎児のそれよりも高いと主張して、開頭術を支持し続けた。例えばハリス医師は、子供の生命の不確実性と母親の生命の価値を考慮すると、骨盤収縮の症例においては、「帝王切開の改善が子宮切開や開頭術による出産と同じくらい安全であることが立証されるまで、母親の生命が子供の生命よりも尊重され続けなければならない」と主張した。胎児はある程度権利を有しており、可能であれば救われるべきだが、「もしも開頭術よりも帝王切開の方が女性にとってはるかに危険であるならば、おそらく孤児になると思われ、そうすれば母親の世話を受けないので若くして死亡すると思われる子供の生命を救うために、母親の生命を危険にさらす」ことには賛成しなかった。「女性と胎児の生命の相対的重要性を評価する時、

生まれた子供の半分は5歳になる前に死亡し、帝王切開によって生まれた子供は適切な世話を受けないので平均して短命であるということを忘れてはならない」とハリスは主張した³⁹⁾。

ヴァヒーズ医師も、「陣痛中は母親の利益が優先し、もしもどちらかが犠牲にならなければならぬのであれば、それは未知数でこの世に絆のない子供であるべき」であると信じていた。「もしも子供と骨盤の大きさが不均衡で陣痛が長引き、女性が弱っていたら一脈が速くなったり、体温が上がったり、子宮が硬直したりしていたら一少しも躊躇せずに生存している胎児に対する開頭術を勧告する。なぜなら、切断手術によって母親の生命が危険にさらされるかもしれないからである。繰り返すならば、もしも胎児が死にかかっている生存可能性が疑わしければ一陣痛が長引いたり鉗子の使用に何度も失敗していたりしたら一骨盤が塞がっていて粉碎した胎児の出産の方が帝王切開よりも患者に危険をもたらさない限り、開頭術を選択することを躊躇しない」。しかしながら、病院出産では帝王切開による母親の死亡率は低下しており、生存している子供を出産させることができる帝王切開が着実に選択されるようになってきたので、「開頭術が徐々に非常に数少ない手術になることを望んでおり、生存している子供にそれを行う理由がもはやなくなる日がすぐに来るだろう」と予期していた⁴⁰⁾。

他の医師は、女性の社会的地位から産婦と胎児の生命の比較的価値を判断し、医学的及び社会的妥協点を見出そうとした。そうすることにより、彼らは出産者としての女性の役割に関する自らの偏見を露呈することになった。グランディン医師は1890年に、初めて妊娠した28歳の未婚女性に対して行った帝王切開について報告している。彼女は分娩13日後に死亡した。グランディンはこの患者について次のように結論した。「この好ましくない症例にも関わらず・・・私はそれを行ったことを後悔していない。・・・彼女はいつも不機嫌で憂鬱であり、その状況は、彼女に友人も家族もないという事実によってさらに悪化した。・・・これを書いている時点（約6週間）で子供は健康優良であり、手術について謝罪することが気掛かりになれば、二人の生命のうちより価値がある方が救われたのではないかと問うだろう」⁴¹⁾。グランディンは自分の医学的行為を、社会的文脈で擁護した。すなわち、女性の婚姻状態、社会的ネットワークの欠如、そして鬱病が、彼女の人生を子供の潜在的可能性よりも価値のないものにしたのである。

ジョンズ・ホプキンス大学の産科学教授ジョン・ホイットリッジ・ウィリアムズ (John Whitridge Williams) 医師は、女性の出産という役割を重視した。「私の考えでは、[開頭術と帝王切開のどちらを行うかという疑問に対する] 回答は、女性の社会的地位、生存している子供に対する願望、そして特に、彼女が何人かの子供の母親か初めて妊娠したかに依る。前者の場合、子宮下部切断術は正当と認められる手術であると思う。というのは、患者はすでに国家に対する義務を果たしており、さらなる出産については相対的に無関心であると見なされる可能性があるからである。他方後者の場合、そのような介入は非常に非難されるべきものであり、若い女性の生殖機能を永久に破壊するよりも開頭術の方が望ましいと強く感じる」⁴²⁾。

帝王切開は、成功すれば母親と子供の両方の生命を救うことができたが、この手術は開頭術よりも母親の生命を危険に陥れる可能性が高かったので、医師は胎児の潜在的生命が母親の生命よりも価値が高いことを証明しなければならなかった。事実、20世紀転換期頃から、医師の間でも母親の生命よりも胎児の生命の方が価値が高いという主張が行われるようになった。1889年にケンタッキー州ルイヴィルのウィリアムズ・H・ウェイサン (Williams H. Wathen) 医師は、「社会や国家の将来の福祉が、胎児切断術者にほとんど無視されている」と主張した。「母親は生まれていない子供よりも、家族、社会、国家にとって即座に必要である」という伝統的な確信は、おそらく異教徒の間で生まれたものであり、「虚弱で役に立たない生命、あるいは国家や社会にとってあまり価値のない生命は、国家や社会にとってもっと価値のある生命を保護するために犠牲にされる」と長い間倫理学者によって教えられてきた。異教徒の哲学者や倫理学者はこの原則にほぼ合意してきたが、キリスト教徒の哲学者や倫理学者はそうではないと、ウェイサンは主張した。開頭術が指示されるのは、「たいてい生存している子供がいない、あるいは産むことができない女性である。従って彼女達の存在は、夫、社会、国家の直接的な利益と福祉に貢献することができる限りにおいてのみ必要であり、死と共に彼女達の有用性は失われる。そのような場合、子供の殺害は非常に利己的な問題である。というのは、腹部切開手術によって母親の生命を著しく危険にさらすことなく生きてまま出産するかもしれないからである。そうすれば [子供は] 社会や国家に役立つ一員となり、繁殖し続ける子供を出産するかもしれない」⁴³⁾。

ノースカロライナ州アッシュヴィルのフランク・メリウェザー (Frank Meriwether) 医師も1901年に、母親の生命よりも胎児の生命の方が価値が高いと示唆した。「母親の生命を救うために、まだ生まれていない子供を殺すことが正当化されるのか。法的・宗教的観点から、私は正当化されるとは思わない。『汝殺すなかれ』は、生まれた子供と同様、まだ生まれていない子宮内の子供にも適用される。それは、感覚を持った未発達生物であることは事実だが、その生命は世の中にとって母親の生命よりもはるかに価値があるかもしれない」⁴⁴⁾。

ピッツバーグのハロルド・A・ミラー (Harold A. Miller) 医師は1912年に、「我々は、近年産科学の新しい時代に突入した」ので、「母親の幸福と衝突する時にはいつも乳幼児が犠牲にされる、という過去の伝統と偏見」を捨て、「出産に従事する者は、受胎の第一の目的は出産であるということを中心に留め、母親から手足を切断されていない生存している健康な子供を出産させた時に初めて、出産は成功である」と主張した⁴⁵⁾。ワシントンDCのジョセフ・S・ウォール (Joseph S. Wall) 医師も、「子供の利益が母親のそれに完全に従属していたのは、初期の医学においてのこと」であり、「生存している子供に対する開頭術をやめたことは、それ自体乳幼児の権利を認めたことであり、それ [乳幼児の権利] は近代医療科学の発達のおかげで、従来は知られていなかった地位を獲得した」と指摘した⁴⁶⁾。胎児や乳幼児の生命を保護すること

が何故重要になってきたのか。デイヴィス医師によれば、それは「不可避免的な国際競争においては、次世代がこの国の政治力と生命力を決定する。今日では今まで以上に、乳幼児の生命と健康が、次世代の国力の保険や保証になる」からだった⁴⁷⁾。

こうして20世紀転換期以降、産科医は、母親ではなく胎児を保護するために出産に介入するようになった。胎児は20世紀転換期以降に「発見」されたのである。それは産科医にとって、近代医学の勝利だった。その後産科学の関心は、ますます胎児の生命と健康の保護に集中するようになっていくのである。

おわりに

児頭骨盤不均衡のような難産において、生存している胎児に対する開頭術と帝王切開のいずれを選択するかという問題は、20世紀転換期医師の間で激しい議論を引き起こした。産室における権威の不足を嘆いていた医師達は、胎児を犠牲にして母親の生命を救おうとする伝統的な出産立会人の慣習や、胎児の代理人として母親の生命よりも胎児の生命を尊重する聖職者から産室における支配権を奪うために、問題を医学的に解決することを主張した。しかしながら実際には、医師の医学的判断基準は彼らの女性観に依存していた。すなわち彼らは、出産者としての女性の社会的・国家的役割と胎児の生命とを比較考量したのである。20世紀転換期以前には、出産に立ち会った医師達は胎児の状態に相対的に無関心だった。彼らは母親を難産の苦しみから救うのに手一杯だった。しかしながら、19世紀半ば以降麻酔の使用や、消毒・無菌技術の導入、手術方法の改善などにより、胎児の生存可能性が高まるにつれて、出産中胎児の生命を救おうとする新しい傾向が生じるようになった。パメラ・S・サメイ (Pamela S. Summey) とマーシャ・ハースト (Marsha Hirst) が指摘するように、産科学が存在するためには女性が必要だが、医学界で地位と権力を獲得するためには、「第二の性」への依存を最小限にしなければならなかったとすれば⁴⁸⁾、母親の生命や健康よりも胎児の生命の保護を尊重する帝王切開は、「第二の性」への依存を克服する有効な手段だった。

母親と胎児の両方の生命を救う可能性をもたらす帝王切開は、開頭術よりも母親の生命を危険に陥れたが、医師の権威を拡大するのに有効だった。医師は出産方法の選択基準を医学化することによって、産室において他の出産立会人の介入を排除して医学的権威を拡大し、緊急事態に陥っている出産を自らの支配下に置くことを可能にした。そしてそれは後に、すべての出産における医師の独占的支配権の獲得へとつながっていく。その過程で、母親と胎児の生命の相対的価値や、出産する身体としての女性の役割に関する社会的・道徳的価値観も変容していったのである。

- 1) Judith Walzer Leavitt, "The Growth of Medical Authority: Technology and Morals in Turn-of-the-Century Obstetrics," *Medical Anthropology Quarterly* 3 (1987): 230-55.
- 2) Samuel Lurie and Marek Glezerman, "The History of Cesarean Section," *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 189 (2003), 1804.
- 3) T. Gaillard Thomas, "Gastro-Elytrotomy: A Substitute for the Cesarean Section, A Paper Read before the Yonkers Medical Association," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 3 (1871), 126.
- 4) Arthur G. King, "The Legend of Jesse Bennet's 1794 Cesarean Section," *Bulletin of the History of Medicine* 50 (1976): 242-50.
- 5) Arthur G. King, "America's First Cesarean Section," *Obstetrics and Gynecology* 37 (1971): 797-802.
- 6) Robert P. Harris, "Special Statistics of the Cesarean Operation in the United States, Showing the Successes and Failures in Each State" *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 14 (1881), 347.
- 7) Lurie and Glezerman, "The History of Cesarean Section," 1804-5.
- 8) Edward Shorter, *Women's Bodies: A Social History of Women's Encounter with Health, and Medicine*, with a New Introduction by the Author (New Brunswick, NJ: Transaction Publishers, 1991 [1982 as *A History of Women's Bodies*]), 162, Table 7-2.
- 9) White House Conference on Child Health and Protection, *Fetal, Newborn, and Maternal Morbidity and Mortality: Report of the Subcommittee on Factors and Causes of Fetal, Newborn, and Maternal Morbidity and Mortality* (New York: D. Appleton-Century Company, 1933), 233, Table 16.
- 10) *Ibid.*, 235, Table 20.
- 11) *Ibid.*, 231.
- 12) Shorter, *Women's Bodies*, 162, Table 7-2.
- 13) White House Conference on Child Health and Protection, *Fetal, Newborn, and Maternal Morbidity and Mortality*, 239-40.
- 14) Harris, "Special Statistics of the Cesarean Operation in the United States," 356-60.
- 15) Samuel C. Busey, "Craniotomy upon the Living Child Is Not Justifiable," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 17 (1884), 193.
- 16) Julius Rosenberg, "The Indications for Craniotomy upon the Living Child, and the Contra-Indications to Cesarean Section," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 26 (1892), 326-27, 330.
- 17) C. S. Bacon, "The Mutilating Operation in Obstetrics," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 42 (1900), 63.
- 18) James D. Voorhees, "A Report of Seven Cesarean Sections," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 52 (1905), 187.
- 19) John F. Moran, "Indications for Cesarean Section: Report of Two Cases; Recovery," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 51 (1905), 320.
- 20) John F. Moran, "The Endowment of Childhood from the Obstetric Standpoint," *Journal of the American Medical Association* 65 (1915), 2226.
- 21) Lawrence Longo, "Obstetrics and Gynecology," in *The Education of American Physicians: Historical Essays*, ed. Ronald Numbers (Berkeley: University of California Press, 1980): 205-25.
- 22) Charlotte G. Boast, *Catching Babies: The Professionalization of Childbirth, 1870-1920* (Cambridge: Harvard University Press, 1995), 114-15, 149-50.
- 23) 18世紀半ば以降、出産が医学化する過程については以下を参照。Janet Carlisle Bogdan, "Care or Cure? Childbirth Practices in Nineteenth-Century America," *Feminist Studies* 4 (1978): 92-99; Jane Donegan, *Women and Men Midwives: Medicine, Morality and Misogyny in Early America* (Westport, Conn.: Greenwood Press,

- 1978); Pamela S. Eakins, ed., *The American Way of Birth* (Philadelphia: Temple University Press, 1986); Barbara Ehrenreich and English Deidre, *Witches, Midwives and Nurses: A History of Women Healer* (New York: Feminist Press, 1973); Sylvia D. Hoffert, *Private Matters: American Attitudes toward Childbearing and Infant Nurture in the Urban North, 1800-1860* (Urbana and Chicago: University of Illinois Press, 1989); Frances E. Kobrin, "The American Midwife Controversy: A Crisis of Professionalization," *Bulletin of the History of Medicine* 40 (1966): 318-26; Judith Walzer Leavitt, *Brought to Bed: Childbearing in America, 1750-1950* (New York: Oxford University Press, 1986); Sally G. McMillen, *Mothers in the Old South: Pregnancy, Childbirth, and Infant Rearing* (Baton Rouge and London: Louisiana State University Press, 1990); Catherine M. Sholton, *Childbearing in American Society, 1650-1850* (New York: New York University Press, 1985); Richard W. Wertz and Dorothy C. Wertz, *Lying-In: A History of Childbirth in America* (New York: Free Press, 1977); 鈴木七美『出産の歴史人類学－産婆世界の解体から自然出産運動へ－』（新曜社、1997年）。
- 24) Dudley P. Allen, "Cesarean Section," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 35 (1897), 395.
- 25) Bacon, "The Mutilating Operation in Obstetrics," 63.
- 26) James D. Voorhees, "Craniotomy," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 46 (1902), 768.
- 27) Joseph B. DeLee, "Three Cases of Cesarean Section, and a Consideration of the Indication for Craniotomy," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 44 (1901), 470-71.
- 28) Edward P. Davis, "Six Cesarean Sections," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 49 (1902), 177-78.
- 29) Leavitt, "The Growth of Medical Authority."
- 30) 開頭術に対するカトリックの態度については、Ryan, "The Chapel and the Operating Room."
- 31) DeLee, "Three Cases of Cesarean Section," 463.
- 32) A. Sabetti, "The Roman Catholic View of Craniotomy," *Medical Record: A Weekly Journal of Medicine and Surgery* 28 (1885), 606-7.
- 33) A. J. Shulte, "The Rights of the Unborn Child as Viewed by the Catholic Church," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 75 (1917), 886.
- 34) DeLee, "Three Cases of Cesarean Section," 471-72.
- 35) George I. McKelway, "Delivery through the Abdominal Wall vs. Craniotomy in Otherwise Impossible Births," *Journal of the American Medical Association* 19 (1892), 8.
- 36) Egbert H. Grandin, "Is Embryotomy of the Living Foetus Justifiable?" *Medical Record: A Weekly Journal of Medicine and Surgery* 39 (1891), 642.
- 37) Samuel C. Busey, "The Wrong of Craniotomy upon the Living Fetus," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 22 (1889), 53, 55, 66.
- 38) *Ibid.*, 67.
- 39) Harris, "Special Statistics of the Caesarean Operation in the United States," 357.
- 40) Voorhees, "Craniotomy," 768, 770.
- 41) Egbert H. Grandin, "The Cesarean Section from the Standpoint of Relative Indication," *Transactions of the American Gynecology Society* 74 (1916), 393.
- 42) John Whitridge Williams, "The Abuse of Caesarean Section," *Surgery, Gynecology, and Obstetrics* 25 (1917), 194.
- 43) William H. Wathen, "Is Craniotomy upon the Living Child Justifiable?" *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 22 (1889), 1236-37.
- 44) Frank Meriwether, "Cesarean Section versus Craniotomy," *American Journal of Obstetrics and Diseases of Women and Children* 44 (1901), 207.

- 45) Harold A. Miller, "Difficult and Dangerous Labors: Selecting the Method of Delivery," *Journal of the American Medical Association* 59 (1912), 770.
- 46) Joseph S. Wall, "The Status of the Child in Obstetric Practice," *Journal of the American Medical Association* 66 (1916), 255.
- 47) Edward P. Davis, "The Spring of a Nation's Life: Chairman's Address," *Transactions of the American Association for Study and Prevention of Infant Mortality* 9 (1919), 106.
- 48) Pamela S. Summey and Marsha Hurst, "Ob/Gyn on the Rise: The Evolution of Professional Ideology in the Twentieth Century, Part 2," *Women and Health* 11-2 (1986), 106.

[付記] 本稿は、平成18年度科学研究費補助金若手研究（B）「アメリカ合衆国における医療の専門化と女性の身体」（課題番号18700671）による研究成果の一部である。